FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

JANVIER 1942 N° 3

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

MARRE Pierre Jacques

Né le 1er Janvier 1915 à Douelle (Lot)

Le Côlon Droit Mobile

Sa pathologie en dehors du volvulus

Président : **M. CASTAIGNE**
Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine et de Pharmacie de Clermont-Ferrand

IMP. GÉNÉRALE
Jean de Bussac
2, Cours Sablon, 2
Clermont - Ferrand

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

JANVIER 1942 N° 3

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

MARRE Pierre Jacques

Né le 1er Janvier 1915 à Douelle (Lot)

Le Côlon Droit Mobile

Sa pathologie en dehors du volvulus

Président : **M. CASTAIGNE**
Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine et de Pharmacie de Clermont-Ferrand.

IMP. GÉNÉRALE
Jean de Bussac
2, Cours Sablon, 2
Clermont · Ferrand

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	André FORSTER ✻ ✪ I.
Assesseur		P. ROHMER ✻ ✪ I.

Professeurs titulaires

Clinique médicale B	MM.	AMBARD ✻ ✪ I.
Embryologie et tératologie		ANCEL ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ I.
Histologie		N....
Clinique O.R.L.		N....
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I.
Thérapeutique chirurgicale		FONTAINE ✪ A.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✻ ✪ I.
Hygiène et bactériologie		OBERLING ✻ ✪ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et Accouchements		N....
Clinique infantile		ROHMER ✻ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✻ ✪ I.
Pharmacologie et Médecine Expérimentale		SCHWARTZ ✪ I.
Médecine légale et médecine sociale		SIMONIN O. ✻ ✪ A.
Hydrologie et climatologie		VAUCHER ✻ ✪ I.
Physique biologique		VLÈS ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale B		WEISS ✻ ✪ A.
Clinique Médicale A		N....
Anatomie pathologique		N....

Professeurs sans chaire

Histologie	MM	ARON ✻ ✪ I.
Anatomie		BELLOCQ ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		GÉRY ✪ I.
Clinique obstétricale et gynécologie		KELLER ✻ ✪ I.
Clinique médicale		HANNS O. ✻ ✪ I.

Chargés de cours et agrégés

MM. CALLOT — MM. GELMA ✻ ✪ I. — MM. HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER ✪ A. — KLEIN — REISS ✪
ROMEY O. ✻ ✪ A. — SACREZ — THIVOLLE ✪ A.
TULASNE — WARTER

Chargé d'un cours complémentaire

M. ROEDERER ✪ I.

Professeurs honoraires

M. BOUIN O. ✻ ✪ I. — M. CHAVIGNY ✻ ✪ I. — M. LERICHE O. ✻ ✪ I.
M. STOLZ ✻ ✪ I. — M. WEILL ✻ ✪ I.

Agrégé libre

M. SIMON ✻ ✪ A.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543517_0046

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

A MA MERE

Témoignage d'affection profonde et d'infinie reconnaissance.

A MA FEMME

Témoignage de mon estime et de mon affection.

A MES SŒURS ET BEAUX-FRERES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE CLERMONT-FERRAND

MEMBRE ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de croire à notre vive admiration et à notre très respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIONIS DU SEJOUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a guidé de ses précieux conseils. Il nous a toujours accueilli avec bienveillance pendant notre stage dans son service. Qu'il trouve ici, en même temps que nos sentiments de vive reconnaissance, l'assurance de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de respectueuse admiration et de reconnaissance pour son lumineux enseignement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACKERMANN

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

Témoignage de reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RONGIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ACCOUCHEUR EN CHEF DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En reconnaissance de la bonté qu'il a bien voulu nous témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. GRASSET

PRÉSIDENT DÉPARTEMENTAL
DE LA LÉGION DES COMBATTANTS

MÉDECIN DIRECTEUR
DU PRÉVENTORIUM DES « ROCHES FLEURIES »

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

En reconnaissance de la bonté, des judicieux conseils et de la bienveillante sollicitude qu'il nous a témoignés en toutes circonstances. Nous le prions de croire à notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDMOND DECHAMBRE

CHEF DU SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HÔTEL-DIEU
CHARGÉ DE COURS A L'ECOLE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVEAUD

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN ASSISTANT DES HÔPITAUX

Témoignage de gratitude pour l'enseignement et les conseils reçus dans son service.

Qu'il nous permette de lui exprimer ici nos sentiments de très respectueuse sympathie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN TERRASSE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

En témoignage d'une vive sympathie.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE STRASBOURG
ET DE L'ECOLE DE PLEIN EXERCICE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE CLERMONT-FERRAND

A TOUS NOS MAITRES DES HOPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND

CHAPITRE Ier

Ayant eu l'occasion de recueillir trois observations de caeco-côlon ascendant anormalement mobile s'accompagnant de phénomènes pathologiques qui nécessitèrent une intervention chirurgicale, nous avons essayé dans ce travail de faire une étude d'ensemble de la mobilité anormale du caeco ascendant et de ses manifestations cliniques en dehors toutefois du volvulus proprement dit.

La radiologie nous montre que le côlon droit est très fréquemment mobile à des degrés divers et que la mobilité exagérée de ce dernier peut très bien exister en dehors de tout syndrome pathologique ; c'est dire que la constatation de celle-ci ne suffit pas à en faire une entité morbide ; elle n'est à tout prendre qu'une révélation anatomique radiologique. Comme le disent Gatellier, Moutier et Porcher, cette mobilité ne cause de troubles que si elle s'accompagne de stase iléo colique droite. Les causes de cette dernière seront donc à la base des accidents observés au cours de la mobilité du caeco ascendant.

Zoege von Manteuffel paraît être le premier à avoir établi la conception du volvulus du cæcum dans un travail présenté au Congrès de Chirurgie de Berlin en 1898. Ce fait était d'autant plus remarquable que l'auteur n'avait pu à cette époque s'aider d'un contrôle radiographique.

Von Manteuffel décrivait trois degrés au volvulus du cæcum :

Premier degré. Le cæcum bascule autour d'un axe transversal, le fond se dirigeant vers le foie, la face antérieure devenant postérieure.

Deuxième degré. L'axe du mouvement est oblique de haut en bas, de droite à gauche, de telle sorte que le fond cæcal vient occuper la région ombilicale et même l'hypochondre gauche.

Troisième degré. L'axe de rotation continuant à s'incliner il y a rotation et torsion de l'organe autour de l'axe longitudinal du cæcum.

Gatellier et Rudler, dans un article relativement récent (1936), adoptant la manière de voir de Manteuffel, déclarent avoir vérifié par des recherches radiologiques et cadavériques de l'un d'eux, l'exactitude de la classification de cet auteur. « La progression des lésions, disent-ils, est le fait à retenir : et, pour schématiser notre opinion à ce sujet, nous dirons que le volvulus du cæcum n'est d'abord possible que grâce à la longueur anormale par absence d'accolement du mésocôlon droit ; qu'ensuite il se produit par étapes, la coudure sur l'axe transversal étant le premier fait, les rotations en dehors et en dedans ne se faisant que plus tard ».

Sur le cadavre d'ailleurs, l'un des auteurs a facilement reproduit les différentes étapes du volvulus du cæcum : après avoir décollé le mésocôlon ascendant il lui a suffi de faire d'abord basculer le cæcum en reportant son fond vers le foie, puis de le laisser retomber en dehors ou en dedans, pour voir se produire une torsion véritable qui paraît alors s'être réalisée selon l'axe longitudinal.

En réalité, il y a eu combinaison entre la coudure, le déplacement et la rotation. Mais, ajoutent-ils, les volvulus du cæcum par rotation d'emblée autour de l'axe longitudinal n'auraient jamais été observés réellement : « Sur le cadavre, en faisant pivoter le cæcum autour de son axe longitudinal, on voit le méso s'enrouler autour du cæco-côlon, comme un drapeau sur sa hampe, aspect qui n'a jamais été rencontré opératoirement ».

L'étude des symptômes relevés chez nos malades, nous avait fait penser que nous avions assisté aux premiers degrés d'un volvulus, à une coudure autour d'un axe transversal ; mais, après contrôle opératoire, n'ayant trouvé aucune modification de la direction ou des parois de l'intestin, aucune altération péritonéale susceptible de maintenir ce dernier en mauvaise position, nous nous sommes demandés comment, dans ces conditions, pouvait se produire fatalement comme terme ultime du processus un volvulus aigu du cæco ascendant, c'est-à-dire le troisième degré degré décrit par von Manteuffel.

Certains auteurs comme Wilms et Ch. Lenormant s'étaient élevés contre cette conception et veulent réserver la dénomination de volvulus du cæco-ascendant aux cas « où il y a une torsion véritable sur l'axe vertical, c'est-à-dire suivant l'axe longitudinal de l'organe ».

Le volvulus du cæco ascendant, troisième degré de von Manteuffel, que Lecène qualifie, dans le traité de thérapeutique qu'il a écrit en collaboration avec Leriche, d'ex-

ceptionnel, ne peut pas être l'aboutissant des accidents que nous avons constatés.

Il faut, pour qu'il se produise, un autre élément indispensable ; cet élément se trouvera, comme nous le verrons, dans l'existence des brides péritonéales ou épiploïques, d'adhérences ou de cordes fibreuses, de mésentérite rétractile.

Cette conception est de nature à nous expliquer ces constatations paradoxales : d'une part, la rareté relative, du moins sous nos latitudes, du volvulus aigu ; d'autre part, la grande fréquence constatée radiologiquement de la mobilité exagérée du côlon droit, sans aucun symptôme morbide, et aussi le nombre assez important de cas analogues à ceux que nous avons constatés, publiés dans la littérature, cas se terminant habituellement par la guérison et ne comportant qu'un pronostic bénin. Il y a donc lieu, croyons-nous, d'individualiser les accidents pathologiques liés à la simple mobilité du cæco-côlon droit compliquée de stase iléo cæcale, accidents dus à des coudures ou plicatures essentiellement temporaires.

Cette distinction entre le volvulus aigu et les accidents que nous envisageons a bien déjà été faite, car, si Gatellier et Rudler les décrivent sous le nom de volvulus chronique, Klose sous celui de torsion habituelle du cæcum, Fischler (de Heidelberg) lui donne le nom de typhlatonie, Grégoire emploie pour désigner ces troubles la dénomination de « dilatation douloureuse du côlon droit ».

Le terme de volvulus chronique ou de torsion habituelle du cæcum, consacre, selon nous, une erreur.

Le volvulus, en effet, ne saurait se concevoir sans une torsion ; or, pour créer cette dernière, il faut que l'intestin mobile soit maintenu en position vicieuse par une cause extérieure ; cette cause se trouvera dans l'existence de reliquats inflammatoires du péritoine.

*
* *

Nous avons vu que la condition primordiale des accidents morbides que nous étudions était le défaut de coalescence du mésocôlon à la paroi postérieure ; aussi, nous avons pensé qu'il n'était pas inutile de rappeler au début de ce travail le développement de l'intestin qui permet de comprendre la disposition définitive du péritoine chez l'adulte ainsi que les arrêts d'évolution qui peuvent se produire.

Au début du développement de l'embryon, intestin grêle

et côlons forment une anse, l'anse vitelline, rattachée à la colonne vertébrale par le mésentère primitif. Ce dernier est parcouru dans sa longueur par l'artère mésentérique supérieure et ses branches.

Cette anse, du sommet de laquelle part le canal vitellin qui la rattache à l'ombilic, comprend une branche supérieure ou descendante et une branche inférieure ou ascendante ; elle est placée dans le plan sagittal médian de l'embryon ; ses deux extrémités sont fixes et rattachées à la colonne vertébrale. La supérieure répond au futur angle jéjuno duodénal rattaché à la paroi postérieure par le muscle de Treitz, l'inférieure au point d'abouchement de l'anse ascendante dans l'intestin postérieur ou terminal.

Par suite de l'accroissement inégal entre le développement de l'intestin et la paroi abdominale d'une part, l'accroissement considérable du grêle par rapport au gros intestin d'autre part, des mouvements de torsion autour de l'artère mésentérique comme axe vont se produire. Ces mouvements de torsion auront pour effet de rejeter la branche descendante à droite de la ligne médiane alors que l'ascendante, en même temps qu'elle s'élève, se place à gauche. Cette dernière continuant son mouvement d'élévation va se mettre transversalement sur la paroi abdominale postérieure. Le résultat de cette torsion est que la partie ascendante correspondant au cæcum, côlon ascendant et transverse, va se trouver plaquée sur le duodénum qui a été lui-même préalablement accolé à la paroi postérieure et au-dessus de la branche descendante, futur jéjuno iléon. A ce stade, dit Rouvière, « le cæcum est situé à l'extrémité droite du côlon transverse, au-dessous du foie et en avant du rein droit. Le côlon ascendant n'existe pas, mais bientôt, par suite de l'augmentation de l'extrémité droite du transverse, la paroi latérale du corps s'opposant à son allongement, le cæcum est dévié vers *le bas*, glissant sur la paroi postérieure du corps jusque dans la fosse iliaque droite. De cette façon se trouve créé le côlon ascendant.

Pendant que se produisait cette torsion intestinale, le mésentère commun primitif s'est modifié, il s'est étendu, donnant lieu à des dispositions nouvelles de la séreuse. La portion du mésentère primitif, située d'abord au-dessus de l'artère mésentérique, se déploie maintenant au-dessous et à gauche de cette dernière, donnant lieu au mésentère proprement dit. L'autre partie, en connexion avec le segment cæco colique, sous jacent au début du déve-

loppement à l'artère mésentérique, se trouvera après la torsion au-dessus et à droite d'elle. La portion située à la droite de l'artère deviendra le mésocôlon ascendant, celle située au-dessus donnera le mésocôlon transverse.

Des phénomènes de coalescence vont alors intervenir pour fixer définitivement la disposition du péritoine tel qu'on le rencontre chez l'adulte. Tout le mésocôlon ascendant, limité en haut par une ligne allant du point d'entrée de la mésentérique supérieure dans le mésentère à l'angle colique droit (angle sous hépatique), en dedans par une ligne allant de l'origine de l'artère mésentérique supérieure à l'angle iléo cæcal, va se souder au péritoine pariétal postérieur. Cette ligne, qui longe l'artère mésentérique supérieure en haut, la branche iléo colique en bas, constituera la racine d'insertion définitive du mésentère proprement dit.

Cette soudure du mésocôlon ascendant au péritoine pariétal postérieur se ferait, d'après Ancel et Cavaillon, en commençant par le bord droit du côlon ascendant et progresserait de haut en bas et de dehors en dedans.

En ce qui concerne le bourgeon cæcal, il donnera naissance par bourgeonnement au cæcum et à son appendice vermiforme qui sont entièrement revêtus par la séreuse et restent normalement libres dans l'abdomen. Cependant, la face postérieure peut se souder complètement à la paroi de la fosse iliaque sur laquelle ils reposent (appendice rétro-cæcal).

L'accolement peut n'intéresser qu'une partie de la face postérieure du cæcum donnant lieu à une fossette rétro-cæcale d'étendue et de forme variables.

En résumé, dans la plupart de ces cas, chez l'adulte, la paroi postérieure du côlon ascendant adhère à la paroi abdominale, au rein droit et au duodénum sans interposition de méso. L'existence d'un méso plus ou moins long chez l'adulte se rencontrerait d'après *Trèves* dans 26 % des cas, dans 30 % d'après *Fromont* ; dans des cas plus rares, d'après Jonnesco, la disposition est la suivante : le feuillet droit du mésentère passe de gauche à droite sur le duodénum, à une certaine distance en dedans du rein, il se relève et, conduit par les vaisseaux qui abordent le côlon ascendant, il arrive au hile de l'intestin, c'est-à-dire sur son bord interne. Là, le feuillet passe sur la circonférence de l'intestin enveloppant complètement ses faces, interne, antérieure et postérieure, revenu sur le bord interne au niveau du hile, il rencontre de nouveau le pédicule vasculaire de l'organe, s'adosse à lui-même, et se

dirige enfin vers la paroi abdominale qu'il atteint en un point variable : tantôt en dedans, tantôt sur le rein même, ce feuillet se réfléchit à droite et se continue avec le péritoine pariétal.

Le mésocôlon ainsi formé est un repli à double feuillet dans l'épaisseur duquel cheminent les vaisseaux et nerfs de l'organe. Long de 2 à 4 cm. en moyenne, souvent 2, rarement 6 à 7. Il se continue en haut avec le mésocôlon de l'angle hépatique, en bas avec le mésentère au niveau de l'angle iléo colique. Son bord intestinal s'insère au côté interne ou hile du côlon, son bord pariétal ou racine adhère au péritoine pariétal sur une ligne qui s'étend de la symphyse sacro-iliaque droite près de l'extrémité inférieure du rein correspondant à l'angle hépatique du côlon. Entre ces deux points, cette ligne passe successivement sur le muscle iliaque, le carré des lombes, la partie inférieure de la face antérieure du rein, le bord interne de cet organe et assez souvent sur la portion descendante du duodénum ; elle est donc légèrement oblique en haut et en dedans et décrit une courbe à concavité interne.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Comme nous le disons plus haut, à la base de tous les accidents morbides qui nous occupent, un fait essentiel est à retenir : c'est un trouble congénital, le défaut de coalescence du mésocôlon droit avec le péritoine pariétal de la paroi postérieure. Ce trouble congénital ne suffit pas à lui seul à créer les accidents, mais ces derniers ne sont pas concevables en dehors de lui.

Cette question d'étiologie doit donc être examinée sous un double aspect. Il faut envisager d'une part, les causes qui sont à l'origine du défaut de coalescence du mésocôlon et, d'autre part, celles qui, se surajoutant aux précédentes, sont susceptibles d'amener des troubles et d'extérioriser ainsi une malformation congénitale passant souvent inaperçue.

* * *

En ce qui concerne les défauts de coalescence, nous devons constater notre ignorance touchant leur mode de production ; ce sont des constatations de fait au cours des interventions abdominales ou de recherches anatomiques ; cependant, deux facteurs paraissent jouer un rôle sans que nous en connaissions la raison, ce sont le sexe et la race.

En ce qui concerne le sexe, l'homme serait plus fréquemment atteint : 70 à 75 % des cas environ. Mais ce n'est pas l'opinion de tous les auteurs et, Grégoire en particulier, estime, sans préciser le pourcentage, l'affection plus fréquente dans le sexe féminin.

Quant à la race, c'est un facteur souvent invoqué dans les publications. Les chirurgiens scandinaves et Russes observent avec une grande fréquence des accidents par défaut d'accolement du mésocôlon droit. Les anomalies péritonéales seraient fréquentes dans ces pays ; mais, comme nous le verrons plus loin, il semble qu'il faille préciser cette opinion et y apporter sinon un correctif, du moins quelques réserves.

* * *

D'autres causes, que nous pourrions appeler favorisantes, vont intervenir pour transporter l'affection du plan de la curiosité anatomique sur celui de la pathologie médico-chirurgicale. Elles sont beaucoup plus nombreuses et en même temps beaucoup plus complexes.

L'âge. — Le côlon mobile, n'attendant qu'une occasion pour causer des ennuis au sujet qui en est porteur, manifeste son existence de bonne heure et ce sont souvent chez des sujets jeunes que les troubles se produisent. Chez le fœtus, la non-coalescence est la règle, il est donc naturel que cette disposition soit plus fréquente chez l'enfant.

L'hygiène alimentaire. — La consommation exagérée, ainsi que cela se voit dans certains pays, d'aliments grossiers (gruau sec, concombres confits, choux, pains de seigle) apportant un déséquilibre à la digestion cæcale, a pour résultat de produire, non seulement de l'atonie de la musculature intestinale, mais de fréquentes distensions gazeuses qui aboutissent au même résultat.

Cette mauvaise hygiène alimentaire explique probablement pourquoi les accidents liés au côlon droit mobile ont été plus fréquemment constatés par les chirurgiens nordiques que dans nos régions.

Toutes les causes susceptibles d'entraîner chez un sujet de la constipation et un retard du transit intestinal constituent des facteurs étiologiques importants. La constipation opiniâtre en effet est signalée dans la majorité des observations qui ont été publiées. On comprend du reste facilement, que la constipation rebelle entraîne pour le sujet qui en est atteint à la fois de l'atonie musculaire de l'intestin par la stase qui en résulte ainsi que des fermentations anormales partant des distensions gazeuses brusques.

Les phénomènes inflammatoires qui sont si fréquents dans la région iléo-coecale, tant aigus que chroniques, ne paraissent pas intervenir dans les accidents que nous envisageons Ces derniers sont, d'après nous, d'ordre purement mécanique.

Ils peuvent se surajouter, soit comme conséquence directe, (blocages intestinaux répétés, cavité close temporaire renforçant la virulence des agents pathogènes contenus dans l'intestin susceptibles même de produire à la longue des réactions de voisinage), (mésentérite, épiploïte, etc.), soit à titre d'épiphénomène, (appendicite aiguë ou chronique, colites, péricolites). On peut voir alors se produire des brides, des adhérences qui pourront maintenir en position vicieuse et définitive le cæco côlon mobile plicaturé ou coudé mécaniquement par une distension gazeuse. Alors se trouvent réalisées les conditions optima pour que se produise le volvulus du cæcum.

C'est dans ces cas seulement, quand se trouvent réunies les causes d'ordre purement mécanique d'un côté, l'existence de brides et d'adhérences de l'autre, qu'une cause, que par opposition nous pourrons appeler déterminante, comme un traumatisme ou un effort, pourra intervenir pour déclencher les accidents de volvulus aigus, ainsi qu'on le trouve noté dans nombre d'observations de cette affection.

CHAPITRE III

ANATOMO-PHYSIO-PATHOLOGIE

Comment vont se produire les accidents ?

Comment peut-on concevoir leur mécanisme ?

Ainsi que nous l'avons vu, le défaut d'accolement de son méso, permet au côlon droit d'amorcer des déplacements plus ou moins considérables. C'est la condition primordiale ; mais nous savons aussi qu'à elle seule, elle n'est pas suffisante pour voir se réaliser les accidents.

Pour que la mobilité anormale du cæco ascendant donne lieu à des troubles pathologiques, il est nécessaire que se produise un retard du transit, une stase iléo-cæcale.

Cette stase, au début, est sous la dépendance de la constipation habituelle. On verra que cette dernière se retrouve dans toutes les observations. Cette constipation peut être liée soit à des troubles sécrétoires du tube digestif, soit à des troubles de l'innervation (sympathicotonie) à des spasmes, à des troubles neuro-musculaires du côlon.

Quoi qu'il en soit, les matières accumulées dans le cæcum et la fin du grêle constitueront une masse pesante susceptible d'entraîner par son poids l'anse mobile dans un sens ou dans l'autre.

La stase entraînera en outre la possibilité de fermentations anormales, d'où production plus ou moins abondante de gaz.

Sous l'influence du poids d'une part, des distensions gazeuses de l'autre, l'intestin va se couder, former des plicatures. On sait la difficulté que l'on rencontre à faire circuler dans une anse intestinale dilatée les gaz

qu'elle contient. En exerçant sur de telles anses une pression, on détermine la production d'une plicature qui bloque l'anse et son contenu. Une exagération du péristaltisme du grêle suffit à produire l'augmentation de pression nécessaire, à déterminer la coudure ; la crise est déclenchée.

Le premier résultat de cette coudure est forcément l'augmentation de la stase en amont ; la musculature cæco colique va lutter contre l'obstacle par exagération de son péristaltisme. Au bout d'un temps variable, sous une influence quelconque, l'obstacle se laissera vaincre et l'occlusion momentanée cesse.

De semblables crises peuvent, au bout d'un temps variable, se reproduire ; les fibres musculaires lisses se fatiguent et se laissent distendre tout comme celles d'un estomac ou d'une vessie luttant contre une sténose pylorique ou urétrale.

Le cæco côlon va donc être dilaté, distendu par les matières qui y stagnent et par les gaz qui s'y produisent. On est en présence d'une véritable asystolie colique.

En devenant chronique, cet état peut aboutir à la formation d'un dolicho côlon. La lecture des observations se rapportant aux troubles qui accompagnent le mésocôlon flottant montre la fréquence de la coexistence de ce dernier avec les accidents qui nous intéressent. La présence d'un dolicho côlon doit même orienter l'esprit vers l'existence d'un côlon droit mobile.

On comprend que ces surdistensions brusques se traduisent cliniquement par des crises de coliques très douloureuses qui peuvent, nous le verrons, revêtir un caractère impressionnant par leur intensité et les réactions générales qu'elles sont capables d'entraîner.

Les méfaits de la stase ne se bornent pas là. Elle entraîne, en effet, une viciation importante des processus digestifs à ce niveau.

Le côlon ascendant, le cæcum principalement, est l'étape ultime de la digestion, et, elle est loin d'être la moins importante.

Le chyme qui arrive encore liquide dans le cæcum va devenir pâteux, l'absorption de l'eau se faisant à ce niveau d'une façon intense. Le rôle du côlon droit ne se borne pas du reste à l'absorption aqueuse ,il est aussi le siège de fermentations microbiennes. Nous ne pouvons pas entrer dans le détail des phénomènes digestifs dus aux ferments microbiens au niveau du côlon droit. Nous rappellerons simplement que sous l'influence de la flore dite

iodophile certains hydrates de carbone sont transformés en acides gras volatils, en acide lactique, en acides gras du type butyrique ,valérianique, etc..., que certains sucres même peuvent être clivés en acide oxalique. La cellulose ingérée reste jusque-là inattaquée par les ferments digestifs. C'est au « bacillus cellulosae dissolvens », qui existe à ce niveau, d'en assurer la transformation. D'autre part, la flore bleue (anaérobies) va donner lieu à des putréfactions aux dépens des protéïnes sécrétées par la muqueuse colique et donnera naissance à des corps phénoliques, indoliques, à des amines comme l'histamine et enfin à de l'ammoniaque.

Normalement, il doit y avoir un équilibre entre les fermentations de la flore iodophile et les putréfactions de la flore bleue ; mais la stase cæcale va rompre cet équilibre, la surproduction et la stagnation des acides de fermentation vont irriter la muqueuse colique, entraînant souvent par contre-coup un surcroît de putréfaction. Toute une série de corps issus de ces putréfactions sont très nocifs pour l'organisme. Comme au niveau du côlon ascendant les phénomènes de résorption sont intenses : on va voir survenir des accidents cliniques d'auto-intoxication. Ces accidents se produisent, soit par des réactions générales avec participation marquée du système nerveux végétatif, soit par des réactions localisées au niveau de certains organes, la glande hépatique en particulier qui reçoit directement par le système porte les substances toxiques résorbées et s'efforce de les neutraliser pour faciliter leur élimination.

* * *

La viciation du contenu du côlon droit par suite de la stase dont il est le siège va provoquer d'abord une inflammation de la muqueuse. La cause persistant, l'inflammation gagnera la paroi même du côlon, les lymphatiques, provoquant de la péricolite, de la mésentérite rétractile et nous voyons là comment peuvent intervenir les phénomènes inflammatoires pour aggraver la coudure existante et nous amener peu à peu jusqu'au volvulus aigu.

Enfin, comme cela se voit fréquemment au cours des colites, à la faveur du contenu intestinal hyperseptique et d'une paroi colique malade, les microbes peuvent arriver par voie lympatique ou sanguine jusqu'à la vésicule ou jusqu'au bassinet, le tableau clinique du côlon mobile va

alors se compliquer d'un syndrome entéro-rénal ou entéro-hépatique, dans lequel l'infection vésiculaire s'accompagnera d'autant plus facilement d'insuffisance hépatique que la glande est surmenée par la résorption toxique à laquelle elle doit faire face.

En résumé, la physio-pathologie des accidents chroniques dus au côlon mobile est très complexe.

Comme on le voit, les accidents qui peuvent survenir dans les côlons mobiles lorsqu'ils sont passés à l'état chronique peuvent donner lieu à des phénomènes généraux d'intoxication, à des complications à distance qui donnent naissance à un aspect clinique très particulier.

C'est l'opinion exprimée par Okinczyc quand il dit : « que les troubles généraux toxiques et infectieux constatés au cours de la stase cæcocolique donnent l'impression d'une entéro-névrose où l'élément psychique peut même intervenir ».

Nous résumons notre pensée en disant que les plicatures et coudures survenant dans le colon droit mobile que Fischler appelle typhlatonie, que Klose a proposé de dénommer les coudures habituelles du cæcum, Grégoire « dilatation douloureuse du côlon droit, que Gatellier et Rudler décrivent sous le nom de volvulus chroniques » sont essentiellement temporaires si elles se produisent chez un sujet à péritoine sain. Ces coudures s'effacent d'elles-mêmes et les phénomènes pathologiques qui en résultaient cessent spontanément.

Si, au contraire, des brides ,des adhérences, consécutives à des phénomènes inflammatoires antérieurs (appendicite aiguë ou chronique, péritonite plastique, bacillaire, etc...) existent, les distensions gazeuses brusques aboutissent presque fatalement à la constitution d'un volvulus aigu. Nous rappellerons à ce sujet les expériences de Podlaha reprises chez le chien dans le laboratoire du Pr Roger par Gatellier et qui montrent qu'en insufflant de façon égale le grêle et le côlon transverse, on voit s'ébaucher à un moment donné l'érection de toute l'anse iléo-colique. Si l'on reprend l'expérience après avoir posé une ligature rétrécissant de moitié, à la façon d'une bride, le calibre du gros intestin à l'union du haut cæcum et du côlon ascendant on voit brusquement le cæcum basculer et s'incurver en pivotant autour de la sténose. Une des deux observations publiées par Quénu en 1906 à la Société de Chirurgie est typique à cet égard.

L'existence ou non d'un péritoine sain conditionne donc la différence existant entre les plicatures ou coudures temporaires et leurs manifestations pathologiques toujours bénignes et le volvulus aigu dont le pronostic est très grave.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Les premières manifestations pathologiques de la mobilité anormale du cæcum sont en général assez silencieuses ; elles répondent en effet à cette phase pendant laquelle s'établit progressivement la stase iléo-cæcale.

Il s'agit le plus souvent de sujets jeunes, chez lesquels on voit s'installer une constipation rebelle, qui ne vont à la selle qu'à l'aide de laxatifs divers. Ils présentent un habitus particulier, un teint blafard et terreux, un cerne péri-oculaire, parfois un léger subictère des conjonctives. Ils rappellent le facies que l'on rencontre communément chez les colitiques chroniques dans le dolicho et le mégacôlon.

A l'interrogatoire, ces malades se plaignent d'une douleur diffuse, plutôt d'une pesanteur dans la fosse iliaque ou l'hypochondre droit ; cette douleur est parfois transitoire, chez d'autres elle est continue. Le malade « se plaint du ventre » et n'arrive pas à localiser ses sensations. C'est dire que le début de l'affection est généralement insidieux.

A cette pesanteur succède une véritable douleur que le malade ressent dans le côté droit de l'abdomen : c'est le premier symptôme. Le siège de cette douleur est variable et n'a pas un caractère de fixité absolue. Elle n'est pas nette et précise comme dans l'appendicite aiguë. Elle s'étend en zone et son maximum siège au-dessus et en dedans du point de Mac Burney. Parfois elle remonte jusque sous le foie dans la région vésiculaire en faisant penser à une lésion de cet organe. Pour Okinczyc, le sac iléo-cæcal alourdi par la stase *tire* par l'intermédiaire du ligament cystico-colique sur les voies biliaires, d'où la

localisation douloureuse. Des irradiations en sens divers peuvent s'observer parfois vers l'ombilic, vers la face antérieure de la cuisse droite, véritable névralgie due à l'irritation du génito crural.

Brulé a insisté récemment sur les irradiations crurales au cours des colites, irradiations qui, à un examen superficiel, pourraient en imposer parfois pour une coxalgie (fausse coxalgie des colitiques).

Bientôt vont apparaître des crises douloureuses abdominales, conséquence des distensions gazeuses brusques.

Ces crises, qui se reproduisent à des intervalles très irréguliers, caractérisent la maladie. De durée variable, pouvant aller de quelques minutes à plusieurs heures, elles peuvent être particulièrement violentes et impressionnantes, se produisant à des intervalles assez éloignés d'abord, les crises se rapprochent, devenant comme dans notre observation *I* journalières et subintrantes. Ces crises s'accompagnent de phénomènes généraux : anxiété, pâleur de la face, sensations vertigineuses, tendance aux lipothymies pouvant aller jusqu'à la syncope. Le malade peut présenter des palpitations cardiaques, des douleurs angineuses, de la dyspnée asthmatiforme, tous phénomènes d'ordre réflexe, peut-être encore plus marqués chez la femme dont le système vago-sympathique a un pouvoir réflexogène plus grand.

Ces phénomènes généraux, qui sont bien connus, ne sont du reste pas spéciaux au côlon droit mobile ; ils se rapportent à l'état de l'intestin ; on les retrouve en effet dans les diverses affections colitiques. Albert Mathieu et Louis Marre avaient, il y a une trentaine d'années, appelé déjà l'attention sur eux.

Les crises s'accompagnent d'un état nauséeux, parfois de vomissements, le plus souvent alimentaires, assez rarement bilieux. Ils sont signalés dans la plupart des observations, mais peuvent manquer comme dans un des cas que nous publions.

La crise peut cesser, comme elle a commencé, brusquement. Cette disparition de la douleur succède quelquefois à un simple changement de position. Le malade trouve lui-même ce moyen pratique d'enrayer la douleur et spontanément passe du décubitus dorsal à la position latérale. Ce signe est important à noter, car il indique que l'obstacle s'est effacé, supprimant l'arrêt momentané des matières et des gaz.

Les évacuations intestinales sont toujours plus ou moins modifiées. Le plus souvent, il y a constipation, mais cette dernière peut être entrecoupée de flux diarrhéique. Sou-

vent la fin de la crise s'accompagne de l'émission d'une selle diarrhéique très fétide. Il s'agit de selle de fermentation, tantôt aérée, mousseuse, soit au contraire d'une selle foncée si le processus de putréfaction prédomine.

A signaler, comme nous l'avons constaté dans une de nos observations, l'exacerbation des douleurs au moment de la défécation. Ce signe avait déjà été signalé par Pascalis qui suggère pour l'expliquer l'hypothèse suivante : Au moment de l'effort, le malade s'incline en avant pour le produire : le côlon flottant a tendance à tomber en avant, mais est contenu par la paroi abdominale contractée ; entre deux efforts, la paroi se relâchant, le soutien n'existe plus, le côlon tire sur son pédicule et sur le plexus sympathique de ce dernier, déterminant la douleur.

A la palpation de l'abdomen, la paroi est souvent souple. On ne constate pas de défense comme dans l'appendicite. S'il existe de la contracture, il s'agit de contracture volontaire, sous l'influence de la douleur. On note souvent un météorisme abdominal. Nous signalerons l'hypéresthésie constatée chez un de nos malades, hyperesthésie tellement marquée qu'elle rendait impossible l'exploration de la fosse iliaque ; il est vrai de dire qu'il s'agissait d'une enfant particulièrement nerveuse.

Le palper révélera souvent, surtout au moment des crises, l'existence d'une tuméfaction oblongue répondant au cæcum et au côlon droit distendu par les gaz, tuméfaction élastique du volume d'une petite pomme, dit Klose, mobilisable souvent au-delà de la ligne médiane. Dans une de nos observations, elle fût évaluée à une petite poire et siégeait au niveau du rebord des fausses côtes droites.

Sous l'influence d'une pression manuelle prononcée, elle peut s'affaisser et donner lieu à un gargouillement caractéristique.

La constatation d'une telle tumeur au cours des paroxysmes douloureux, en l'absence de manifestations inflammatoires, doit être, d'après Klose, considérée comme pathognomonique par le praticien. La percussion de cette tumeur, d'après Grégoire, donne une tonalité élevée qui tranche sur le timbre plus bas du reste de l'abdomen.

La percussion de l'épine iliaque antéro-supérieure s'est toujours montrée sonore dans nos observations indiquant de ce fait l'absence de phénomènes inflammatoires dans la fosse iliaque droite.

Cet ensemble symptomatique ne s'accompagne pas de signes généraux. Le pouls reste normal, sauf au début des crises douloureuses où l'on peut constater un peu d'accélé-

ration. Quant à la température, le malade reste apyrétique ; exceptionnellement, on pourra constater une élévation thermique oscillant autour de 38°, température relevant de l'état du côlon et des manifestations inflammatoires dont il est le siège. Cette absence de température au cours des crises de colique abdominale, parfois très très violentes, doit retenir l'attention du clinicien quand elle est associée au tableau clinique que nous venons de tracer.

L'examen microscopique des selles, qui pourra être pratiqué, montre l'existence de la stase et le déséquilibre de la digestion cæcale. Le dosage des acides de fermentation et de l'ammoniaque par la méthode de Goiffon aidera au diagnostic de côlon mobile.

Ce ne sont pas les seuls moyens à la disposition du praticien pour reconnaître la mobilité anormale du côlon droit et les accidents qui en découlent. Les moyens cliniques que nous venons d'étudier sont parfois insuffisants, aussi doit-on, en cas de doute, recourir à l'examen radiologique qui est indispensable et doit être pratiqué dans tous les cas.

Cet examen doit se faire par voie haute et par voie basse, chacun de ces procédés donnant des renseignements précieux qui fixeront le diagnostic, ou le confirmeront s'il est déjà posé.

Le lavement opaque est particulièrement intéressant en ce sens que l'on peut à chaque instant suivre la progression de la bouillie dans l'intestin. Il permettra souvent de constater l'existence d'un dolichocôlon sigmoïde qui coexiste fréquemment avec le côlon droit mobile ; on pourra constater que la fosse iliaque droite est déshabitée par le cæcum ; celui-ci peut « regarder en l'air » (cæcum erectum). D'autres fois, il sera basculé en dedans ou en dehors et peut même se projeter au-delà de la ligne médiane réalisant ce que Gatellier et Rudler désignent sous le terme « d'inflexion sous transversaire du cæcum ».

Les incisures transversales indiquent par leur obliquité la direction du côlon ascendant. Le cæcum, encombré de gaz et de matières qui y séjournent, présente souvent une mauvaise imprégnation, un aspect « marécageux », et si, par suite de la coudure, il n'est plus au point déclive, l'opacité maxima se trouvera au niveau de la coudure, constituant ce que l'on pourrait appeler la charnière de flexion.

Pour Gatellier, il s'agit là d'un signe de grande valeur. On peut également pratiquer la palpation sous écran qui permet de vérifier la mobilité du côlon ascendant, et,

en cas de projection de l'ombre cæcale sur le côlon droit, de dissocier les deux images. Quelquefois, l'appendice visible en position ectopique donnera un renseignement supplémentaire sur la topographie colique.

Si la valvule de Bauhin se laisse forcer par le lavement, on pourra obtenir des renseignements de premier ordre en indiquant le plan d'abouchement iléo cæcal. En effet, normalement l'angle iléo-colique est un angle obtus, alors que l'angle iléo cæcal est aigu. Or, en cas de coudure ou de torsion partielle du côlon droit sur son méso, l'ombre de la dernière anse grêle paraît s'aboucher antérieurement ou postérieurement et semble prolonger en quelque sorte l'ombre colique, ou bien encore, simule parfois un abouchement externe.

Dans le décubitus latéral gauche, le côlon mobile prend un aspect caractéristique : on voit le cæcum ou le cæco-côlon ascendant tomber en masse vers la ligne médiane, la dépassant parfois vers la gauche. En même temps, le cæcum présente des modifications de son volume et prend un aspect hydroaérique ; la bouillie opaque s'accumule dans le fond cæcal qu'elle distend et présente un niveau transversal supérieur que surmonte une véritable poche de gaz.

Le cliché radiologique, pris après une première évacuation de la bouillie ,montrera la stase colique droite.

En outre, l'ingestion de bouillie est susceptible de montrer les principaux signes que nous venons de passer en revue, mais avec moins de netteté parce qu'il sera souvent difficile de distinguer les ombres coliques et de bien saisir la topographie colique, car on n'aura pas assisté à la progression de la bouillie comme on peut le faire lors d'un examen par voie basse. Cependant, le transit sera très précieux pour préciser l'abouchement iléo colique lorsque le lavement n'aura pu franchir la valvule de Bauhin. Enfin, l'ingestion barytée permettra de constater le degré de stase iléale qui est le contre-coup de la stase colique droite.

Quant à la technique radiologique proprement dite, elle consistera, selon les indications de P. Porcher, dans les différentes manœuvres que nous allons décrire très succinctement.

Il faudra tout d'abord prendre un premier cliché en station verticale, puis un second en décubitus dorsal. Il sera utile également de mettre à profit la vulgarisation des tables basculantes pour examiner la statique intestinale en position tête en bas.

Il peut être intéressant enfin de compléter par une attitude « face en décubitus latéral gauche » l'exploration radioscopique et radiographique des déplacements du cæcum. (P. Duval, J.-Ch. Roux, Henri Béclère).

EVOLUTION

L'évolution des phénomènes morbides liés à l'existence d'un côlon mobile dépendent avant tout de l'état du péritoine.

Si ce dernier a été altéré par des phénomènes inflammatoires antérieurs, s'il existe des brides, des adhérences, une membrane de Jackson, les accidents purement mécaniques et transitoires produits sous la poussée d'une distension gazeuse brusque ne pourront plus s'effacer et s'atténuer ; la torsion, sous l'influence d'une nouvelle poussée ,pourra se produire et le volvulus aigu avec toute sa gravité se trouvera réalisé.

Si, au contraire, le péritoine est sain, les accidents cesseront et le calme succèdera à la crise.

Mais nous avons vu que les crises pouvaient se reproduire indéfiniment si une intervention ne vient pas y remédier.

L'intestin va alors se dilater, perdre sa tonicité et on arrivera à cet état de « *typhlocolite* », syndrome essentiellement infectieux et inflammatoire des couches profondes de la paroi ». (Chiray, Lardennois et Baumann).

Si cette inflammation et l'infection gagnent en profondeur, *disent ces auteurs*, on voit apparaître les réactions de défense de la séreuse ,les exocolites plastiques, plus souvent désignées sous le nom de péricolites. Ainsi prennent naissance les adhérences et les brides qui progressivement s'organisent, *se sclérosent*. C'est un des modes d'évolution qui peut conduire tôt ou tard à la formation du volvulus aigu. Si les phénomènes inflammatoires des parois viennent à régresser, on pourra voir s'établir un état de typhlatonie avec tout son cortège de troubles réflexes et toxiques, véritable entéronévrose, comme le dit Okinczyc, dans laquelle l'élément psychique peut même jouer un rôle.

Au cours de cet état infectieux peuvent venir se surajouter des complications à distance. Elles sont en général de deux ordres et évoluent soit vers le foie déterminant un véritable syndrome entéro hépatique soit vers le rein, on voit alors évoluer le syndrome entéro-rénal bien connu depuis la description qu'Heitz Boyer en a faite.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des troubles pathologiques liés au côlon droit mobile ne présente pas à proprement parler de difficultés réelles. Il suffit d'en connaître la possibilité et d'y penser.

En présence de crises douloureuses à répétition survenant sans aucune température, chez un sujet jeune habituellement constipé, s'accompagnant ou non de vomissements, le premier soin du clinicien devra être de faire procéder à des examens radiographiques en série.

On constatera les signes radiologiques que nous avons énumérés et le diagnostic en découlera tout naturellement.

Parfois la constatation clinique au cours d'une crise, de l'existence d'une tuméfaction pourra faire songer à une tumeur du cæcum, à une hydro-néphrose, à une cholécystite, à un kyste de l'ovaire, etc..., mais outre que ces affections ont une symptomatologie propre, l'examen radiologique permettra de lever tous les doutes et d'éviter l'erreur.

C'est surtout avec la péritonite bacillaire, comme dans une de nos observations, mais avant tout avec l'appendicite, aiguë plus rarement, mais surtout chronique, que le diagnostic sera à faire. Dans l'appendicite aiguë ou subaiguë, la douleur est plus localisée (Points de Mac Burney, de Lanz, de Morriss) ; elle s'accompagne le plus souvent de défense de la paroi, de contracture réflexe plus ou moins marquée ; il y a de la température et parfois une discordance entre cette dernière et le pouls, surtout dans les appendicites avec perforations. Nous signalerons comme bon moyen de diagnostic, la matité et la résistance au doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, signe sur lequel notre maître Dionis du Séjour a insisté en 1911. Normalement, l'épine iliaque percutée est sonore ; toutes les fois qu'une modification inflammatoire ou

autre vient à modifier la texture des différents plans anatomiques de la fosse iliaque la matité avec résistance au doigt remplace la sonorité.

C'est surtout avec l'appendicité chronique vraie d'emblée que le diagnostic est difficile. Nombre de malades ont été opérés avec ce diagnostic et ce n'est qu'à l'intervention que le côlon mobile a été reconnu.

On sait que dans l'appendicite chronique d'emblée, la plupart des signes fonctionnels ou généraux, si riches soient-ils, sont des signes d'emprunt. Seule présente une valeur, la constatation de la douleur provoquée dans la fosse iliaque droite à des examens répétés.

L'examen de la formule leucocytaire sera utile, car l'appendicite chronique d'emblée s'accompagne fréquemment d'hyperleucocytose à prédominance de mononucléaires.

On fera procéder à des examens coprologiques qui permettront de reconnaître les modifications survenues dans la digestion cæcale.

Mais c'est surtout à l'examen radiologique que l'on aura recours ; il pourra fixer la cause du syndrome observé qu'il s'agisse d'une appendicite chronique d'emblée ou de troubles mécaniques associés ou non à la typhlo-colite.

OBSERVATIONS

Observation n^o 1. — Mlle O. B..., 11 ans, enfant longiligne, maigre, au teint blafard, terreux, aux yeux cernés, est prise en janvier 1933 à la suite d'une poussée grippale d'une douleur brusque dans la fosse iliaque droite sans aucun signe clinique d'appendicite aiguë. Elle est très constipée depuis sa naissance. Impetigo et eczéma à l'âge de trois mois, coqueluche et crises d'asthme à trois ans, pour lesquelles on l'envoie à la Bourboule. Pas de maladie infectieuse. Dans les antécédents héréditaires ou collatéraux, on signale un père hépatique, une mère emphysémateuse et très constipée, deux frères enfin opérés d'appendicite aiguë.

En février-mars 1933, persistance des crises douloureuses qui reviennent à heure fixe ; apparition d'une hyperesthésie très marquée s'opposant à tout examen de la fosse iliaque. Puis apparaît une circulation complémentaire abdominale, plus marquée à droite. La constipation persiste, la malade n'allant à la selle qu'à l'aide de laxatifs (lactobyl, paraffine, etc...). Les douleurs s'exacerbent au moment de l'évacuation de l'intestin.

Un examen radiologique pratiqué au mois de mars 1933 montre après lavement baryté et ingestion de bouillie : bonne réplétion du rectum et du sigmoïde qui est très long, du côlon gauche et de l'angle splénique. A partir de ce point, mauvaise imprégnation du côlon transverse spasmé allant très obliquement jusqu'à la crête iliaque droite et au cæcum, appendice non visible.

Au palper sous écran, on note une douleur à la pression de toute cette partie du gros intestin ; la mobilité de tout le cadre colique paraît bonne.

L'ingestion de bouillie a montré : au bout de huit heures la baryte remplit la fin des anses grêles, le cæcum, le transverse et la moitié du côlon descendant ; douze heures après la baryte arrive au sigmoïde ; dix-huit heures plus

lard, persistance de baryte dans les anses grêles, le cæcum commence seulement à se vider, et des traces de baryte se voient dans l'ampoule rectale.

En résumé, retard considérable dans l'évacuation avec stase iléo cæcale et douleur vive du cæco ascendant.

En présence de ces signes, on pense à l'existence d'une péritonite bacillaire. Un médecin consultant qui vit la malade incline pour le diagnostic de tuberculose du cæcum et propose un traitement général avec rayons ultra violets.

Soit simple coïncidence, soit sous l'influence du traitement, il se produit une légère amélioration ; pendant les cinq mois suivants, on assiste à une alternance de périodes calmes et de crises aiguës, mais avec persistance de l'hyperesthésie et de la constipation opiniâtre. En octobre, les crises douloureuses aiguës reparaissent tous les quinze jours d'abord, puis tous les huit jours et enfin tous les soirs. L'enfant très nerveuse exagère peut-être dans la description des douleurs qu'elle ressent, car, pendant l'année, l'appétit a été conservé, elle a augmenté de poids d'une manière sensible (11 kilogrammes) et à aucun moment elle n'a eu de fièvre.

Au mois de janvier 1934, un nouvel examen radiologique est pratiqué ; les films montrent les mêmes images que l'année précédente. On retrouve en effet un retard marqué du transit intestinal, de la stase iléale, une mauvaise réplétion cæcale avec grande sensibilité de la région iléo-cæcale.

A la fin du mois de janvier 1934, la malade est vue par le professeur Rimbault, de Montpellier, qui porte le diagnostic de tuberculose cæcale. Nous persistons à croire qu'il s'agit d'une péritonite bacillaire avec bride et une intervention est décidée le 24 avril 1934. Voici le compte-rendu opératoire : « Opérateur, le professeur Dionis du Séjour. Anesthésie générale au schleich ; laparotomie médiane ; à l'ouverture de l'abdomen pas de trace de liquide. Le cæcum apparaît normal à parois souples, appendice macroscopiquement sain. Pas de bride ni de membrane de Jackson ; par contre, le cæcum et le côlon ascendant sont entièrement mobiles et flottants ; l'angle hépatique est fixé, mais considérablement abaissé au niveau de la crête iliaque.

Appendicectomie avec enfouissement. Après avivement par grattage du feuillet droit du mésocôlon ascendant et du péritoine pariétal postérieur, on fixe le bord externe du côlon et du cæcum à la paroi postérieure par des points séparés au fil de lin en position normale. Sérum rectal

et surparine Suites opératoires normales apyrétiques. Quarante-huit heures après, changement de teint qui devient rosé, gaz évacués dans les trente heures ; première selle spontanée quarante-huit heures après l'intervention.

Depuis lors, l'enfant s'est beaucoup développée, disparition complète de la constipation, selles régulières, bon appétit. La jeune fille, revue souvent, s'est toujours bien portée et n'a jamais présenté la moindre crise.

*
* *

Observation nº 2. — V..... Michel, dix ans, se plaint depuis l'âge de quatre ans de « mal au ventre », énurésie légère. Depuis quelques années, mauvaise mine, teint terreux, pesanteurs épigastriques, vomissements, crises douloureuses abdominales souvent nocturnes, constipation très marquée. Dans les antécédents, on trouve un père bien portant et une mère tabétique. En 1933, les troubles abdominaux sont plus fréquents. Le professeur Ackermann qui soigne le petit malade constate l'existence d'une tuméfaction bien limitée de la grosseur et du volume d'une petite poire au-dessous du bord inférieur du foie, sous les fausses côtes droites. Aucun signe de réaction péritonéale. Pas de fièvre. Mise en place d'une vessie de glace, diète, amélioration lente, la tuméfaction disparaît en deux à trois mois ; on pense à une affection vésiculaire ou hépatique.

Vers le milieu du mois de décembre 1933, le jeune V...:. Michel contracte la rougeole sans complications. Dès la convalescence, les douleurs abdominales reparaissent sous forme de coliques très violentes sans localisation nette, sans contracture abdominale, mais avec des vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite. Température : légèrement subfébrile ; constipation sévère ne cédant qu'après ingestion de laxatifs.

Nous voyons le malade après une crise plus sévère que les précédentes, en avril. L'abdomen est souple sans caractère particulier ; il n'y a pas alors la moindre trace de tuméfaction, mais on constate une douleur nette à la palpation dans la fosse iliaque droite.

Le point de Mac Burney est sensible, la percussion de l'épine iliaque antéro supérieure est sonore ; il n'y a pas de signes d'appendicite aiguë.

Un examen radiologique (transit gastro-intestinal) fait sur notre demande montre un estomac normal dans son aspect et dont l'évacuation s'est faite dans des délais sen-

siblement normaux. Le transit décela une stase iléo-cæcale avec douleur caractérisée ,mais variant d'intensité d'un examen à l'autre, au niveau de la moitié inférieure du cæcum. L'appendice est resté invisible ; l'ombre hépatique a paru augmentée de volume ; la palpation sous écran révéla enfin une sensibilité très accentuée de la région vésiculaire.

On porte le diagnostic d'appendicite chronique avec possibilité d'une membrane de Jackson et nous conseillons une intervention qui fut différée en raison d'une toux coqueluchoïde persistante. Opération le 9 mai 1934 ; anesthésie générale au schleich ; opérateur : Professeur Dionis du Séjour. Laparotomie médiane ; à l'ouverture de l'abdomen : pas de trace de liquide. Péritoine sain ; appendice macroscopiquement sain ; pas de trace de brides ni de membrane de Jackson ; en revanche, cæcum et côlon ascendant très mobiles par suite d'un défaut d'accolement du mésocôlon ascendant au péritoine postérieur. Appendicectomie avec enfouissement du moignon. Colopexie par fixation du bord externe du côlon au fil de lin au péritoine pariétal postérieur, après grattage du péritoine. On a des suites opératoires normales. On note dans les premiers jours le changement de teint du petit malade. L'évacuation des gaz est normale ; il y eut une selle au quatrième jour après administration d'huile de ricin. Rentré chez lui, il aurait pendant quelques semaines présenté encore des coliques avec vomissements calmés par l'acolitol.

Depuis lors, l'état de santé est excellent, l'enfant s'est développé considérablement ; la constipation a disparu ; il n'y a plus ni coliques, ni vomissements. La guérison s'est maintenue.

* * *

Observation n° 3. — Lu X... Ch..., indochinois, entre salle Nélaton à l'Hôtel-Dieu (service de M. le Professeur Dionis du Séjour) avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Le malade aurait été pris le matin même de violentes douleurs abdominales et de vomissements.

A l'examen, on constate l'existence d'une douleur spontanée dans la région para-ombilicale, exagérée par la pression. Cette douleur siège au-dessus et en-dedans du point de Mac Burney ; l'épine iliaque antéro supérieure est sonore à la percussion ; il n'y a pas de contracture, mais de la défense volontaire. La température est à 37°5, le pouls à 80, le toucher rectal négatif.

Les vomissements ayant cessé et le diagnostic d'appendicite aiguë ne paraissant pas s'imposer on décide de temporiser jusqu'au lendemain, en glaçant le malade.

Le matin, à la visite, on apprend que le malade a passé une nuit très agitée, les douleurs abdominales se sont accrues et les vomissements ont reparu malgré la glace. Efforts nauséeux continuels aboutissant à des vomissements porracés. A la palpation on localise la douleur un peu à droite de l'ombilic, toujours pas de contracture véritable, mais réaction de défense volontaire plus vive. Température à 37°4, pouls à 120 ; on décide une intervention immédiate.

Anesthésie générale au Schleich. Opérateur : Docteur Bourdeix, chef de clinique. Incision de Mac Burney ; à l'ouverture du péritoine qui paraît sain, on ne constate pas de liquide. L'exploration minutieuse de la fosse iliaque ne permet pas l'extériorisation du cæcum : seul le côlon transverse est amené dans la plaie. On agrandit alors l'incision cherchant le cæcum en vain sous la face inférieure du foie. Devant l'impossibilité de trouver le cæcum on déroule l'intestin grêle dans les deux sens. Il est normal, sans dilatation, la dernière anse vient de l'hypochondre gauche et au moyen d'une valve on finit par apercevoir le sommet de l'appendice qui émerge au milieu des anses grêles. Repéré et attiré dans la plaie, il paraît macroscopiquement sain. On pratique cependant l'appendicectomie avec enfouissement. Le cæcum qui se trouvait à gauche de l'ombilic n'a pu au cours de l'intervention, être complètement extériorisé. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites opératoires normales, apyrétiques. Les crises douloureuses et les vomissements ont complètement disparu et ne se sont pas reproduits.

Intrigués par la situation anormale du cæcum, situation qui n'avait pu être bien établie au cours de l'intervention en raison de la localisation de l'incision, on fait procéder trois semaines plus tard à un lavement baryté. Le cliché montra un cæcum en situation parfaitement normale. Conclusion ? Nous étions en présence d'un cæco ascendant mobile par défaut de coalescence. Le malade n'est malheureusement pas à l'abri du retour des accidents, aucune fixation de son côlon n'ayant été pratiquée.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous avons vu que les troubles pathologiques survenant au cours de la mobilité anormale colo-cæcale en péritoine sain étaient des accidents d'ordre mécanique et, pour cette raison, transitoires.

Il est normal de penser qu'un traitement purement médical ne sera pas de nature à y remédier efficacement. Néanmoins, ce dernier pourra être envisagé dans les cas où ces troubles seraient anciens et auraient déjà terminé de la typhlo-colite ou de la typhlatonie.

On sera appelé à donner au malade dans ces conditions un traitement médical dont le but ne sera pas d'être curatif, mais d'améliorer le terrain en s'efforçant de supprimer ou tout au moins de neutraliser l'infection.

La thérapeutique consistera alors en une diététique sévère d'où seront exclus tous les aliments générateurs de fermentations cæcales ou susceptibles d'apporter un volumineux amas de cellulose.

On administrera avec avantage dans ces cas du sous-nitrate ou du salicylate de Bismuth, des antiseptiques intestinaux et même des vaccins.

En résumé, sauf les cas d'infection très ancienne, le seul traitement à envisager en présence d'un côlon droit mobile s'accompagnant de troubles pathologiques est le traitement chirurgical.

Dans ce but, on pratiquera tout d'abord une laparotomie abdominale sous-ombilicale. Nous donnerons la préférence à l'incision médiane parce que c'est avec elle qu'on a le plus de jour et une vue d'ensemble des différents organes. Peut-être donne-t-elle plus de difficultés pour les manœuvres ultérieures, mais elle a un mérite, et qui

n'est pas négligeable, celui de ne compromettre aucun muscle de la paroi.

On procède dans un premier temps à l'appendicectomie avec enfouissement du moignon. L'ablation de cet organe, même macroscopiquement sain, nous paraît nécessaire, car, de cette manière, on supprime toute possibilité d'inflammation ultérieure.

Dans un second temps, on fixera le cæcum et le côlon au péritoine postérieur par une série de points séro-séreux au fil non résorbable : c'est la cæcocolopexie. Certains opérateurs ont proposé, pour remédier à l'instabilité des sutures séro-séreuses, d'inciser le péritoine pariétal et d'attacher au tendon du petit psoas la bandelette externe du côlon.

Peut-être pourrait-on procéder plus simplement, comme cela été fait dans les cas que nous rapportons, en irritant par grattage la surface du méso flottant et celle du péritoine pariétal pour créer, par destruction de l'endothélium, des zones d'adhérences qui contribueront à former la coalescence qui ne s'était point faite.

Klose aurait opéré cent trente-quatre cas de côlon mobile par colopexie avec des résultats post-opératoires constants. Dans nos observations I et II, l'intervention remonte à six ans, et les malades sont restés complètement guéris.

D'après Okinczyc, le traitement de choix serait la columnisation suivie de colopexie après appendicectomie. La columnisation peut avoir son intérêt s'il existe une dilatation relativement importante du cæcum ou du côlon droit.

Grégoire, dans ce qu'il appelle la « dilatation douloureuse du côlon droit », conseille la colopexie en équerre qu'il a décrite en collaboration avec P. Duval.

Certains ont conseillé des cæco ou typhlosigmoïdostomies, d'autres sont allés jusqu'à proposer comme traitement radical les colectomies totales ou partielles. De pareilles interventions dont on ne peut méconnaître la gravité sont, semble-t-il, hors de proportion avec le mal.

CONCLUSIONS

1° La mobilité anormale par défaut de coalescence de leurs mésos, du cæcum et du côlon ascendant, ne constitue pas par elle-même une entité morbide ; il s'agit d'une simple disposition anatomique.

2° Cette disposition par la gêne qu'elle apporte au transit intestinal est un des éléments favorisant la stase iléo-cæco-colique.

3° Les accidents pathologiques observés au cours du cæco-côlon mobile compliqué de stase iléo-cæcale, coudures, plicatures, se produisant sous la poussée d'une distension gazeuse, sont d'ordre purement mécanique tant qu'ils évoluent dans une séreuse péritonéale normale. Ces accidents sont transitoires et procèdent par crises ; ils constituent un ensemble symptomatique qui peut être individualisé et qui s'oppose nettement, et par son mécanisme, et par ses conséquences, au volvulus aigu.

4° La répétition de ces crises est susceptible d'amener, à la longue, la fatigue des fibres musculaires lisses et une distension plus ou moins considérable du cæco-côlon. On pourra voir alors survenir et évoluer de la typhlo-colite avec son cortège d'intoxication, de troubles généraux, de réactions de voisinage.

5° Si le péritoine a été modifié par des réactions inflammatoires antérieures, qu'elles proviennent de l'évolution du processus précédent (adhérences, brides, mésentérite rétractile) ou d'une cause d'autre origine (appendicite), les coudures et plicatures se produiront de même sous l'influence d'une surdistension gazeuse momentanée ; la torsion s'amorcera, elle se continuera sous l'influence de nouvelles poussées gazeuses, et le volvulus, véritable étranglement interne, sera réalisé.

6° En présence d'un malade atteint d'une affection abdominale à symptomatologie indécise, on doit songer

à la possibilité de troubles dus à un côlon mobile et faire procéder à un examen radiologique minutieux à la fois par ingestion de bouillie et lavement baryté.

Les renseignements fournis par l'examen radiologique donneront le diagnostic.

7° Le traitement de choix du côlon mobile est la cæco-colopexie qui a donné aux différents opérateurs des résultats constants et définitifs.

BIBLIOGRAPHIE

AIGROT. — Trois cas d'occlusion intestinale rare (Volvulus du caecum et hernie étranglée de l'hiatus de WINSLOW). *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* (rapport Alglave). Tome LVII, n° 14, 2 mai 1931.

D'ALLAINES F., THOMAS E., LE PENNETIER F. — A propos des déplacements dits volvulus du caecum. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. 23, avril 1933.

ANTONOPOULOS. — Un cas de volvulus du caecum et du côlon ascendant. *Archives Balkaniques de Médecine, de Chirurgie et leurs spécialités* (Paris), an. 2, n° 1, janvier-mars 1940.

ARAYA. — Ptose et torsion du caecum : nouveau signe clinique pour son diagnostic. *La Semana Medica* (Buenos Aires), an XXXI, n° 2, 10 janvier 1924.

ARNAUD Marcel. — A propos du volvulus du caecum. *Provence Médicale*, an. 7, n° 68, 15 mai 1937.

ARTUSO G.-F., ZAVALETA D. et PERAZZO G. — Sur un cas de volvulus aigu du caecum. *Revista de la Asociacion de Medicos del Hospital T. de Alvear*, Buenos-Aires, an. 6, n° 3, 4 octobre 1937.

BARBER F. — Volvulus avec le caecum mobile. *Zentr. f. chir.*, t. LXIV, n° 79, 8 mai 1937.

BARDON et GANDY. — Volvulus du caecum et du côlon ascendant. *Journal de Médecine de Bordeaux*, an. XCV, n° 23, 25 novembre 1923.

BELLEROSE. — Volvulus du côlon ascendant. *Union Médicale du Canada* (Montréal), t. 69, n° 1, janvier 1940.

BÉRARD Henri et DARGENT. — Volvulus partiel caeco appendiculaire à symptômes d'appendicite postérieure. *Lyon Chirurgical*, n° 3, mai-juin 1936.

BERTRAND et LYON. — Volvulus du caecum et du côlon ascendant chez une femme enceinte de trois mois. *Société de Chirurgie de Toulouse*, 23 mars 1934. *Bulletin de la Société, in Toulouse Médical*, an. XXXV n° 18, 15 septembre 1934.

BEZANÇON. — Contribution à l'étude de l'appendicite rétro-caecale. *Thèse de Toulouse* 1934.

BIANCHETTI. — Bascule du caecum en haut avec membrane de Jackson postérieure. *Il Policlinico* (Sez chirurgica). T. XXIX, n° 8, 15 août 1922.

BIECHELER. — Volvulus vrai et gangrène du caecum. *La Tunisie Médicale* (Tunis), an. 33, n° 9, septembre-décembre 1939.

BONA. — Volvulus du caecum. *Zentralblatt für Chirurgie* (Leipzig), an. 65, n° 44, 29 octobre 1938.

BONA T. — (Susceava, Roumanie). Le volvulus du caecum : considération sur sept cas personnels. *Revista de chirurgie*, t. 41, n° 9-10, septembre-Octobre 1938.

Broglio. — Volvulus du caecum. *Giornale Medico dell'Alto Adige* (Padoue), an. XI, vol. 5, n° 6, janvier 1933.

Cade C.-C. — Some observations on mobile côlon. *Texas state J. Med.* 31. March 1936.

Cassinis. — Appendicite aiguë avec inversion du caecum à siège sous hépatique simulant une cholécystite. *Atti e Memoria della Societa Lombarda di Chirurgica* (Milan), vol. 3, n° 11, 26 mai 1935.

Cassinis. — Volvulus entéro colique par côlon mobile avec absence d'accolement du méso. *Bolletino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgica* (Turin), vol. 5, n° 2.

Castaigne J. et Chaumerliac J. — Les Balafrés de l'appendice. *Journal Médical Français.* Tome XXV, n° 6, juin 1936.

Cavaillon et Debroye. — Le volvulus du caecum. Etude clinique et thérapeutique. *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale,* t. X, p. 59 à 101.

Chiray, Lardennois et Baumann. — Les colites chroniques, Masson, 1934.

Cignozzi. — Syndrome appendiculaire et caecum mobile. *Il Policlinico.* Sezione chirurgical, t. XIX, 4 avril 1912.

Conghlin A. — Movable cecum and ascending côlon in relation to right sided pain. *Jour. Missouri M.A.*, novembre 1927.

Consiglio V. — Sindrome clinica doc ceco mobile. Richerche cliniche. *Arch. ital. di chir.*, 40 : 248-310, 1935.

Desjacques. — Volvulus du caecum ; diagnostic radiologique. *Société de Chirurgie de Lyon*, 16 février 1939.

Dillenseger. — Volvulus du caecum. *Journal de Radiologie et d'Electrologie* (Paris), t. XVII, n° 2, févirer 1933.

Dionis du Séjour P. — La percussion des épines iliaques antéro-supérieures comme signe de diagnostic dans les affections abdominales sous ombilicales. *Gazette des Hôpitaux*, 9 mars 1911.

Dionis du Séjour P. — Note sur les troubles pathologiques compliquant la mobilité du côlon droit. *Académie de Chirurgie*, 1942.

Dreyer (Breslau). — A propos du caecum mobile. *Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, t. LXXV, fasc. 2, août 1911.

Dupuy de Frenelle. — Sur un point de technique de la caeco-colopexie. Congrès de français Chirurgie, 1925.

Durand, Plichet et Porcher. — Volvulus du côlôn ascendant. Société de Gastro Entérologie de Paris, 9 janvier 1933, *Archives des Maladies de l'App. Dig.*, t. XXIII, n° 3, mars 1933.

Duval P. — Précis de pathologie externe. Masson, éditeur.

Duval et Roux. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la stase colique par altération du côlon droit. *Bulletin soc. chir.*, t. X, n° 9, 10 mars 1914.

Duval et Roux. — La stase stercorale caeco ascendante et son traitement. *Archives des Mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutrition*, t. X, 12 décembre 1920.

Faltin R. — 1902. — Beitrâge zur Kenntniss des volvulus caeci. *Nord. med. Arkiv., Bd.* 35 et 36.

Faltin R. — 1904. — Kasuistische Beitrâge zur Pathologie und Therapie des volvulus des caecum. *D. Zeitsch für chir.*, Bd. 71, S. 355-381.

Faltin R. — 1906. — Kasuistische Beitrâge zur Kenntniss der Knotenbildung des Darmes, D. *Zeitsch fur chir.*, Bd. 84, S. 477-488.

FIOLLE. — Radiographie d'un volvulus du côlon droit. *Société de Chirurgie de Marseille*, 5 février 1934. *Bulletins et Mémoires*, t. VIII, n° 2, février 1934.

FISCHLER. — (Heidelberg). De la typhlatonie et de ses rapports avec les états pathologiques analogues. (Typhlectasie, caecum mobile, appendicite chronique, torsion chronique du caecum). *Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 23, 6 juin 1911.

FISCHLER. — (Heidelberg). La typhlatonie comme type clinique et ses rapports avec l'appendicite. *Mittcilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. XX, fasc. 4, 1909.

FLINT. — Remarques sur le côlon ascendant mobile. *The Lancet*, t. C.C. n° 5096, 30 avril 1921.

FORNI. — Dystopie du côlon proximal et appendicite aiguë. *La Clinica*, (Bologne), an. 5, n° 3, mars 1939.

FREDET. — Le péritoine. *In traité d'anatomie*. Poirier et Charpy. Masson et Cie, éditeurs.

GATELLIER, MOUTIER F. et PORCHER P. — In radiologie clinique du tube digestif.

GATELLIER J., MOUTIER F et PORCHER P. — Les volvules du caecum. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. XXI, n° 1, janvier 1931.

GATELLIER et PADOVANI. — Un cas de volvulus du caecum. *Annales d'Anatomie Pathologique*, 1928, t. V, n° 7.

GATELLIER J. et RUDLER J.-C. — Volvulus du caecum. *In Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, tome Estomac-Intestin.

GONNEL Mc et HARDMAN GARRAT. — Côlon ascendant : anomalies de fixation. *The British Journal of Surgery*, vol. X, n° 40, avril 1923.

GRÉGOIRE. — Dilatation douloureuse du côlon droit et appendicite chronique. *Archives des maladies de l'app. dig. et de la nutrition*, t. X, n° 8, 1920.

GUIBÉ. — Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 1907, t. XXXV et XXXVI.

GUICHARD L. et LAURENT. — Ptose de l'hémi côlon droit ; compression chronique du duodénum par le pédicule mésentérique supérieur ; opération de Lambret ; guérison clinique. *Archives de Médecine et de Pharmacie Navale*, 124, avril-juin 1934.

HADGE. — La stase intestinale chronique. *In Presse Médicale*, 4 août 1920.

HARRIS. — Côlon ascendant et transverse mobiles. *The Lancet*, t. c.c. VII, n° 5271, 6 septembre 1924.

HAUSMANN Ph. — (Rostock). Les diverses formes du caecum mobile. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. XXVI, fasc. 4, 1913.

HERTZ. — (Rapport OKINCZYC : discussion). Valeur du traitement de la stase colique droite par columnisation caeco colique et la caeco colopexie associées. *Soc. Nat. Chirurgie*, 18 mai 1927.

HOMANS. — (Boston). Torsion du caecum et du côlon ascendant. *Arch. of Surgery*, 1921, T. III, n° 2.

HOUSTON. — Le côlon droit mobile. *The Journal of the American Medical Association* (Chicago), vol XCIII, n° 7, 17 août 1927.

JONNESCO. — Tube digestif, *in Traité Anatomie Poirier et Charpy*. Masson et Cie, éditeurs.

JORDAN. — Colon mobile et névrose. *The Journal of the American Medical Association* (Chicago), vol. XCIX, n° 27, 31 décembre 1932).

KEEFE, — Volvulus du gros intestin et du grêle : un cas de volvulus du caecum, du côlon ascendant et de l'iléon. *The American Journal of Surgery* (New-York) n.s. : vol. XVII, n° 3, septembre 1932.

KLEMN. — (Riga). De l'appendicite chronique sans crises ; des relations avec l'atonie du caecum, le caecum mobile et les états similaires. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. XCV, fasc. 3, 1911.

KLOSE. — (Francfort-sur-le-Mein). La torsion habituelle du caecum mobile. Description d'un type morbide. *Münchener Medizinische Wochenschrift.* Tome LVII, n° 7, 15 février 1910.

KLOSE. — (Francfort). Le caecum mobile (anatomie et clinique). *Beiträge zur Klinischen Chirurgie.* Tome LXIII, fasc. 3 juin 1909.

KLOSE. — (Francfort). Le caecum mobile, ses conséquences et le traitement chirurgical des ptoses du tube digestif. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie.* T. LXXIX, juillet 1911.

KNOFLICEK. — Le volvulus du caecum . *Röntgen-Praxis.* (Leipzig), année 10, fasc. 6, juin 1938.

KNIFLICEK E.-J. — (Brunn). Contribution à l'étude d'un volvulus du caecum. *Röntgen-Praxis*, t. 10, n° 7, juillet 1938.

KREISBERG. — Positions rares du caecum et de l'appendice vermiculaire *Vestnik chirurgii imeri Grekova* (Leningrad), t. 55, n° 5, 1938).

LANDEL. — Contribution à l'étude du volvulus du caecum. *Thèse*, Paris 1930.

LANE A. — Influence des coudures intestinales sur la production de la stase intestinale. *The British Med. Journ*, 15 avril 1911.

LARDENNOIS. — Ptoses du caecum. *Presse Médicale*, 1910.

LARDENNOIS. — Les péricolites chroniques. Rapport au 36e Congrès français de Chirurgie, 1927.

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. T. III, Masson 1926.

LEFEBVRE. — La chirurgie de la constipation. Toulouse 1919.

LE JEMTEL et ELTRICH. — Congrès français de chirurgie, 1926.

LENORMANT. — Volvulus du caecum. *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie.* T. LV, n° 7, 2 mars 1929.

LERCH. — Movable caecum and typhlotony. *Medical Record.* T. LXXX, n° 16, 14 octobre 1911.

LEVEUF et HUET. — Mobilité anormale du côlon droit. *Société anatomique de Paris*, 14 janvier 1922.

LOEPER. — Les algies sympathiques et l'hyperesthésie de l'abdomen. *Presse Médicale*, 23 août 1910.

LOUBAT. — Volvulus chronique du côlon droit. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, an. 56, n° 23, 9 juin 1935.

MALAMUD. — Dystopie dans l'hypochondre gauche du caeco ascendant. *La Medicina ibera* (Madrid), t. 30, n° 980, 22 août 1936.

MANZONI. — Anomalies de position du caecum. *La Clinica* (Bologne), année 4, n° 3, mars 1938.

MARRE Louis. — Les réactions générales d'origine colique. *Thèse*, Paris, décembre 1910.

MELOCCHI. — Un cas de caecum en inversion compliqué de diarrhée de putréfaction. *Il Morgagni* (Naples), année LXXVI, n° 23, 10 juin 1934.

MONDOR. — Le volvulus du caecum. *Diagnostics urgents.* Troisième édition, 1937, p. 833.

Morley. — Manifestation cliniquess dans le cas de côlon proximal mobile. *British Medical Journal*, n° 3119, 1920.

Mousseau. — Caeco ascendant et appendicite chronique. *Union Médicale du Canada* (Montréal). T. 64, n° 9, septembre 1935.

Muchina. — Volvulus du caecum. *Vestnik Chirurgii imeni Grekova* (Leningrad). T. 56, n° 1, 1938.

Murath et Jesserer. — Le caecum mobile. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (Berlin), an. 65, n° 14, 7 avril 1939.

Okinczyc J. et Parturier G. — Caecum mobile et syndrome vésiculaire. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, n° 30, 3 décembre 1932. Séance du 23 novembre 1932.

Okinczyc. — Valeur du traitement de la stase colique droite par la columnisation caeco colique et la colopexie associées. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1er juin 1927.

Oury et Chêne P. — La Ptose colique. *Nutrition*. T. 3, n° 4, 1933.

Pascalis. — Contribution à l'étude du côlon mobile. *Gazette des Hôpitaux* (Paris), année XLVII, n° 51, 26 juin 1929.

Petroff. — Cas d'anomalie de position du caecum ; absence du côlon transverse et aspect en fourchette de l'appendice vermiforme. *Zentralblatt für Chirurgie* (Leipzig), année 65, n° 32, 6 août 1938.

Pini. — Volvulus du côlon ascendant et du transverse. *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*. T. XVI, n° 27 2 novembre 1932.

Porcher P. et Juquelier A. — « Précis de technique radiographique ».

Quenu. — Deux cas de caecum mobile. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*. T. XXXIII, pp. 636 à 641, 1906.

Rachet Jean. — La Constipation. *In Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Estomac, Intestin*, fascicule 9058.

Rachet Jean. — Les Colites. *In Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Estomac, Intestin*, fascicule 9058.

Rouvière. — Anatomie descriptive et topographique.

Rozanoff. — (Moscou). Caecum mobile. Communication au XIe Congrès des Chirurgiens russes, Moscou 19-22-décembre 1911. Discussion Grekoff J.-J. et Polanestoff V.-G.

Rudler J.-C. — Typhlites et colites droites chroniques. *In encyclopédie Médico-Chirurgicale, Estomac, Intestin*, fascicule 9069.

Sarles. — Volvulus incomplet chronique du caecum. *Cahiers de Gastro-Entérologie* (Paris), supplément n° 3 à la *Gazette Médicale de France*, 1er juin 1932).

Schmieden. — Sur la chirurgie de la constipation chronique en particulier dans le caecum mobile. *Brem's Beiträge zur Klinischen Chirurgie*. T. CXXXIX, fasc. I, 1927.

Silverberg A.-C. — Ptosis of cecum and ascending côlon. *Am. J. Surg.* 47 : 624-631, March 1940.

Small A. — La correction chirurgicale des anomalies de fixation du côlon ascendant. *Ann. Surg.*, août 1937. T. CVI, n° 2.

Sorrel F. — La stase intestinale chronique. *Thèse*, Paris, Steinheil, 1914.

Strajesko. — Sur le caecum mobile. *Practitchewsky vratch*, t. IX, n° 31, 22 mai 1910.

THEVENARD. — Côlon droit flottant ; coudure secondaire fixée par des adhérences sous hépatiques du caecum ; symptômes d'obstruction chronique : guérison. *Société des Chirurgiens de Paris*, 18 octobre 1935. *Bulletins et Mémoires*. T. 27, n° 13, 1935.

TOPROWER. — (Leningrad). Deux cas de volvulus du caecum. *Wiener Klinische Wochenschrift*, an. XLV, n° 46, 11 novembre 1932.

TORTELIER Emile-Jules. — Contribution à l'étude de la ptose et de l'allongement du caecum. *Thèse* 1928, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris.

TRÉMOLIÈRES, BERGERET et MAURICE. — Caecum recurvatum et appendicite chronique sous hépatique. *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*. T. 28, n° 4, avril 1938.

TRIVELLINI. — Caecum inversé et anomalie de fixation de l'anse iléo-colique. *Bolletino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgica* (Turin), vol. 5, n° 13, 6 juillet 1935.

VERGOZ, GAUDIN et CORIAT. — Anomalie de position par défaut d'accolement total du côlon droit avec appendicite. *Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chir.*, année XX, n° 199, juin 1932.

VIRANDO A. — (Turin). Volvulus aigu du caecum. *Bolletino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgica*, vol. 9, n° 10, séance du 22 juillet 1939.

WALTHER. — Discussion sur l'appendicalgie. *Société de Chirurgie*, 1904.

WALTHER. — Du diagnostic des adhérences par la radio. 25e Congrès de Chirurgie, 1912.

WAUGH P.-E. — (Londres). Les conséquences d'un côlon ascendant mobile *British Journal of Surgery*. T. 7, n° 27, juin 1940.

WEINSTEIN. — Volvulus du caecum et du côlon ascendant. *Annals of Surgery* (Philadelphie), vol. 17, n° 2, février 1938.

WILMS. — L'Ileus, *Deutsche Chirurgie*, 1906.

WILMS. — Appendicite chronique et caecum mobile. *Archiv. für Klinische Chirurgie*. T. XCV, fasc. 3, juillet 1911.

ZOEGE VON MANTEUFFEL. — 1891, *Archiv. für Klin. chir.*, Bd. 41.

ZOEGE VON MANTEUFFEL. — 1898. Ueber den Volvulus des caecums. *Kongress der Deutsch. Gesellsch. für Chirurgie*, Berlin.

ZOEGE VON MANTEUFFEL. — 1898. Die Achsendrehung des caecums. *Archiv. für Klin. chir.* Bd 57, S. 841.

ZOEGE VON MANTEUFFEL. — 1899. — Volvulus caeci, Samml. *Klin. Vortrage*, n° 260.

ZUCKERKANDL O. — 1889. Volvulus und Strangulation in einem Schenkelbruche. *Wien. Klin. Wochenschr.*, S. XI.

Vu et approuvé :

Clermont-Ferrand, le 3 janvier 1942.

Vu : *Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg,*

André FORSTER.

Lu la thèse
et approuvé les conclusions,
J. CASTAIGNE.

Vu et permis d'imprimer :

Clermont-Ferrand, le 5 janvier 1942

Le Recteur de l'Académie
Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université :

A. DANJON

Imp. Générale, J. de Bussac, 2, cours Sablon, Clermont-Ferrand